



CHILD TRAINING

PROGETTO REGIONALE ADHD

- ESPERIENZA ASST OVEST MILANESE -

Responsabile
Dott. A. Deriu

Referenti
Dott.ssa E.Ricotta
Dott.ssa G.Vasile



- 15 gruppi di child training effettuati dal 2013 ad oggi (5 nel 2016)
- 4/5 bambini per ogni gruppo, omogeneo per età e per caratteristiche cliniche (sottotipo inattentivo, combinato; QI)
- Rivolto a bambini ADHD della scuola primaria e secondaria di primo grado
- 2/3 operatori coinvolti (psicologo-TNPEE-fisioterapista-educatore)
- 20 sedute della durata di 60 minuti



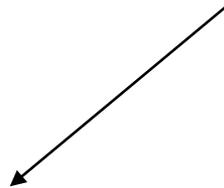
PERCHE' CHILD TRAINING DI GRUPPO:

- Contesto ecologico di apprendimento (gestione tempi di attesa, ascolto, regolazione socio-affettiva)
- Migliora le competenze sociali
- Rende più accettabili le proprie difficoltà
- Facilita la distinzione tra comportamento positivo/negativo e persona
- Favorisce la previsione di conseguenze delle proprie e altrui azioni

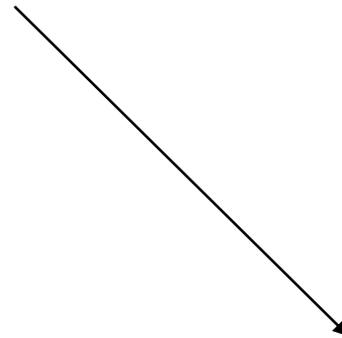


CHILD TRAINING INDIVIDUALE:

In presenza di psicopatologia associata



Terapia psicomotoria



Psicoterapia



OBIETTIVI TERAPEUTICI:

- Conoscere le emozioni e imparare a riconoscerle attraverso i segnali corporei.
- Favorire la capacità di inibizione della risposta frenando così la reazione impulsiva automatica in situazioni attivanti.
- Migliorare la capacità di pianificazione
- Attivare funzioni esecutive di controllo



- Valutare le conseguenze negative e positive alla situazione presentata.
- Imparare ad identificare e a sperimentare le diverse soluzioni possibili di fronte ad una situazione.
- Migliorare le abilità di gestione della rabbia.
- Promuovere la capacità di autoriflessione, di come pensare in situazioni difficili.
- Incrementare la generalizzazione al di fuori del setting terapeutico delle competenze acquisite

AUTORI DI RIFERIMENTO

- BENSO
- FEUERSTEIN
- CORNOLDI
- LOCHMAN
- DI PIETRO



PRIMO INCONTRO:

- conoscenza
- definizione obiettivi/regole
- stesura cartellone contratto/percorso firmato dai membri del gruppo
- presentazione sistema rinforzi contingenti
- token economy
- zona time out



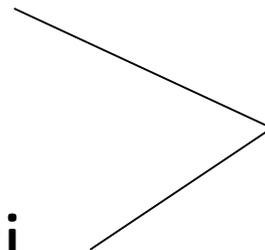
STRUTTURA DELLA SEDUTA:

1. Accoglienza e ingresso nella stanza
2. Cerchio/condivisione
3. Proposte strutturate
4. Free time - Scelta gioco da parte dei bambini
5. Giro dei complimenti
6. Autovalutazione
7. Saluto

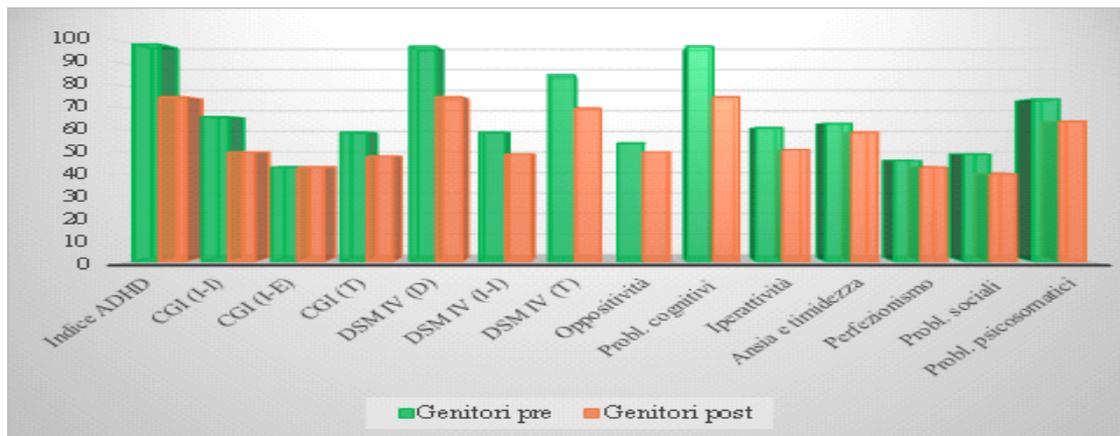


VALUTAZIONE EFFICACIA TRATTAMENTO:

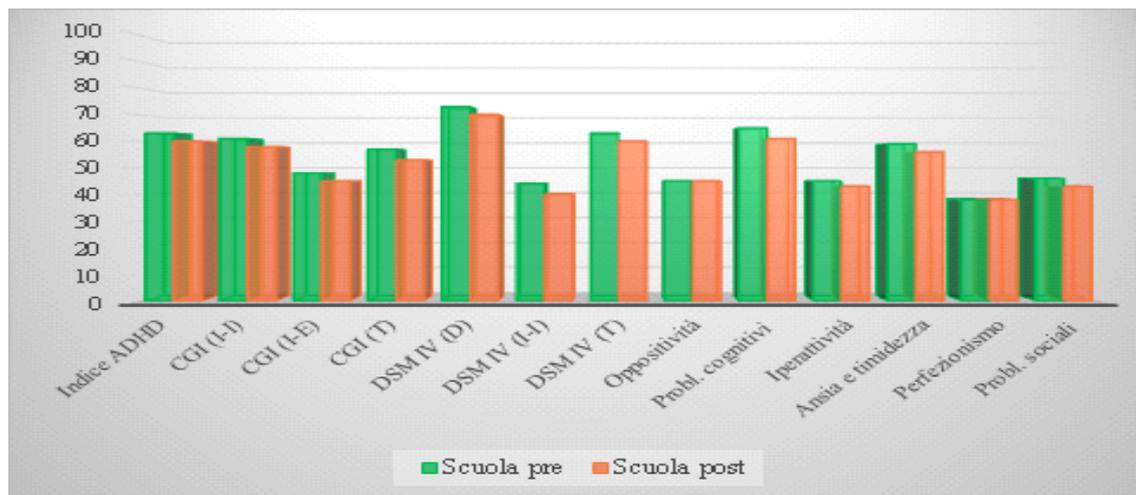
- Conners' Genitori
- Conners' Insegnanti

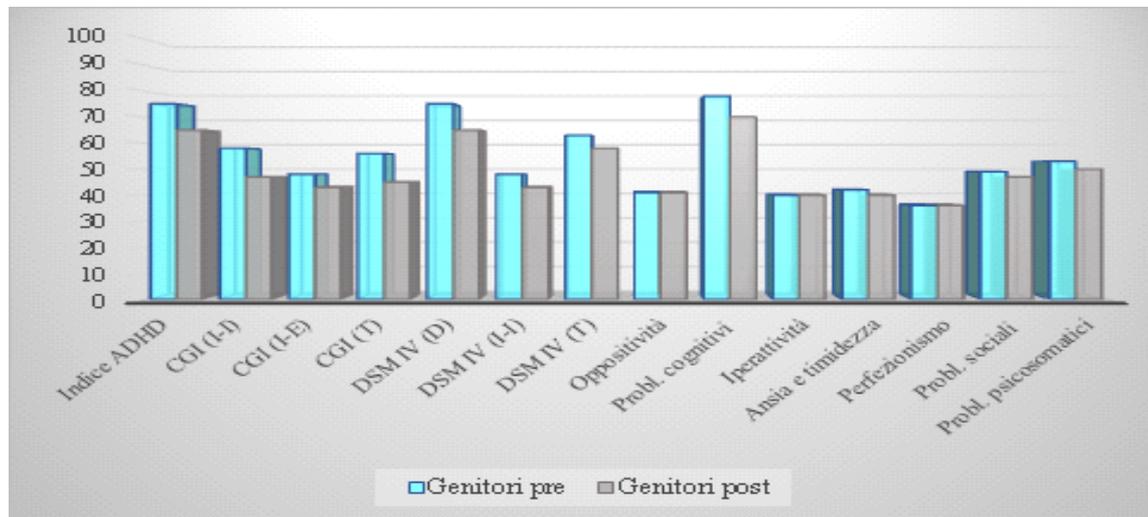


**Dopo tre mesi
dalla fine del
trattamento**

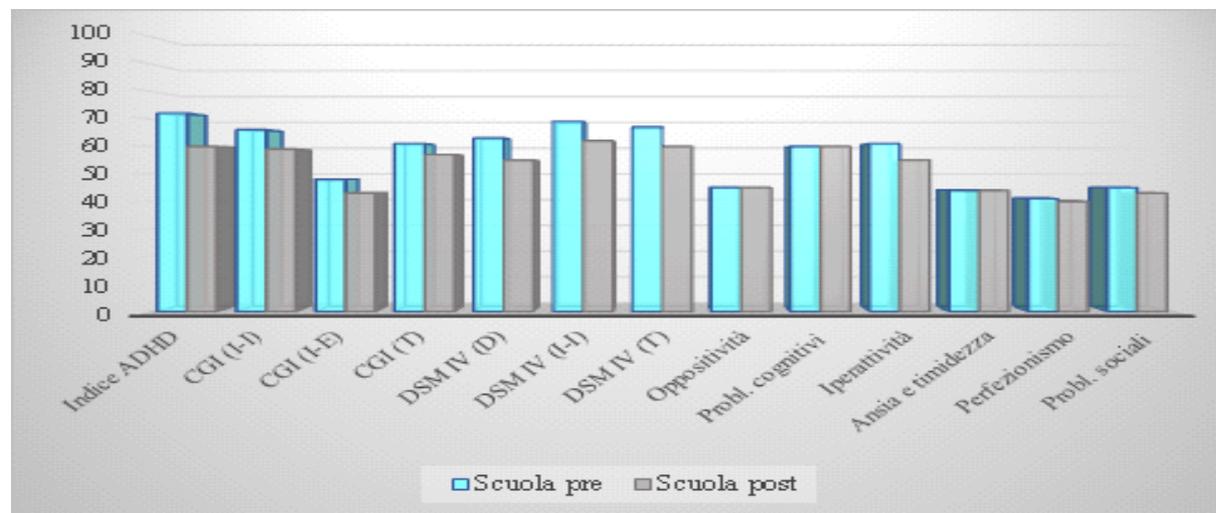


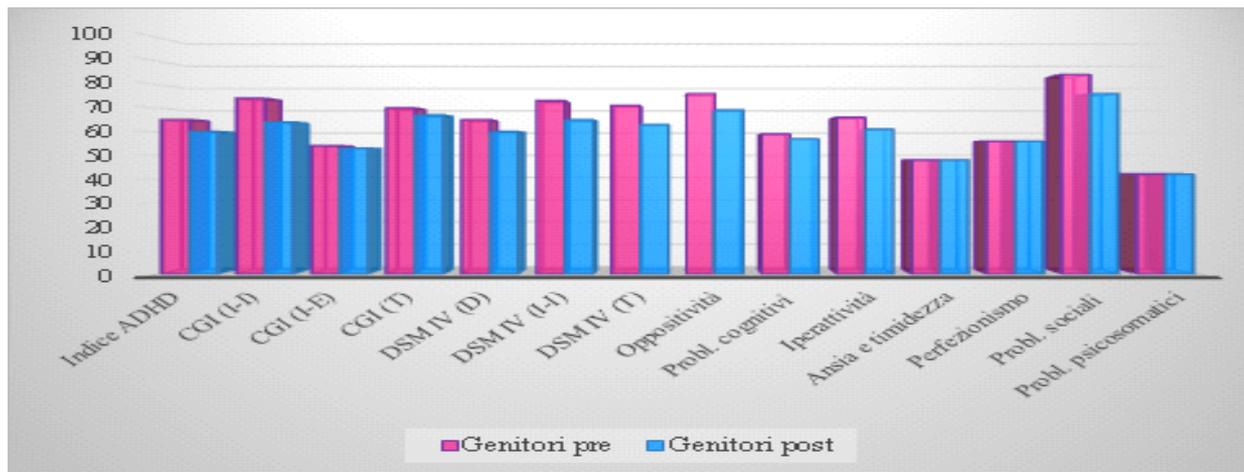
G.B.
Classe
2' secondaria
primo grado



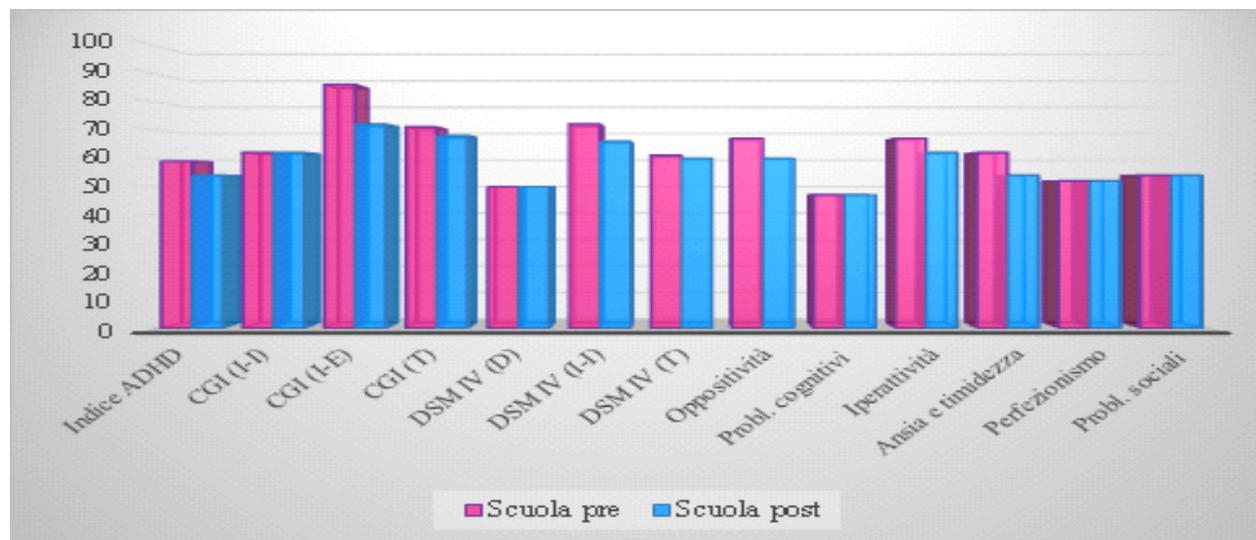


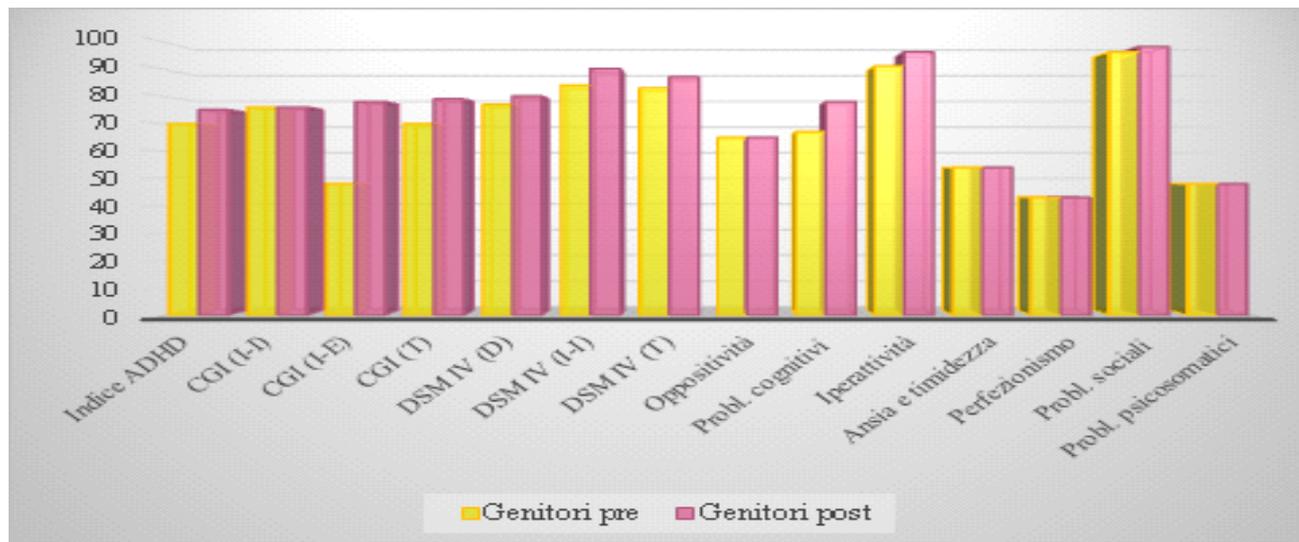
F.D. Classe
2' secondaria
primo grado



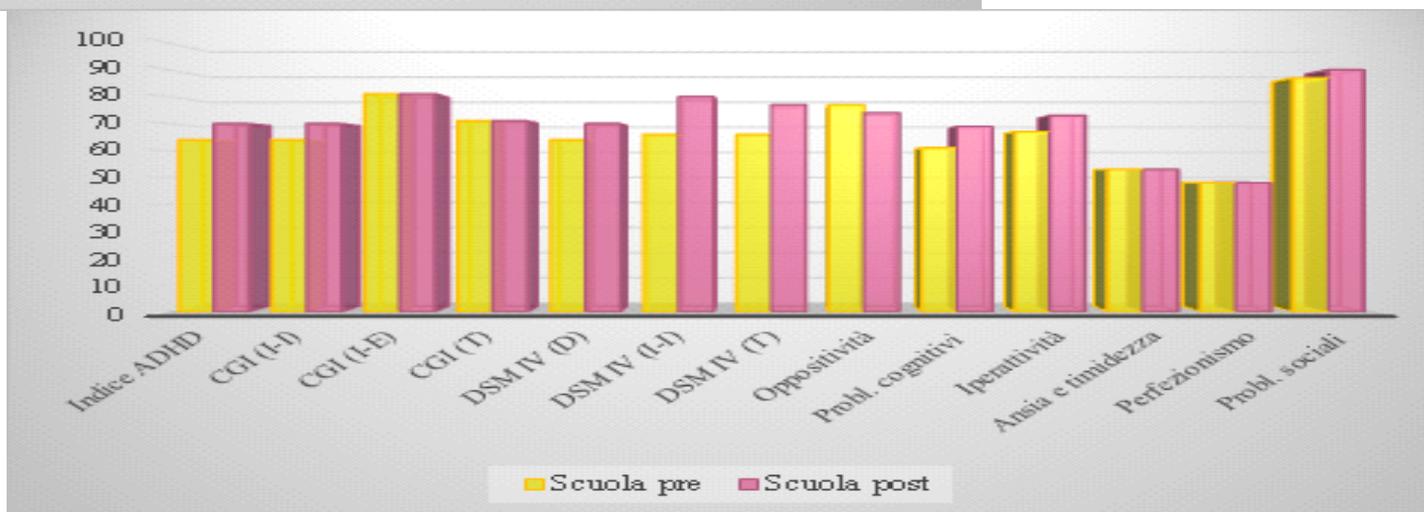


L.R.
Classe 2'
secondaria
primo grado





R.S.
Classe 2'
secondaria
primo grado





In media i punteggi alle scale misurate dai questionari Conners' hanno subito una variazione in senso migliorativo per la maggior parte dei ragazzi dopo il trattamento, eccetto per S.R. per il quale comunque sono state prese decisioni per un intervento di tipo farmacologico e psicoterapeutico individuale. Il farmaco ha notevolmente migliorato la qualità di vita sia del ragazzo, che ha avuto modo di sperimentare uno stato di 'silenzio mentale' favorente la sua abilità attentiva, che dei genitori, i quali non sono alle prese quotidianamente con l'iperattività e l'impulsività ai massimi livelli del figlio.



CRITICITA' RISCONTRATE:

- Strumenti di valutazione dell'efficacia del trattamento
- Difficoltà nell'attivazione di percorsi paralleli di Parent e Teacher Training